



Biuletyn Krajowego Centrum ds. AIDS

W numerze:

Nowe edycje programów – komentarz NGO

Irena Przepiórka

Str. 1-3

Zakażenie HIV w systemie rodzinnym

Maria Brodzikowska

Str. 4-5

Kampania społeczna „HCV Jestem świadom”

Rafał Gierczyński, Rafał Patoła

Str. 5-6

Kiła – czy dzieje się coś złego?

Magdalena Ankiersztein-Barczak

Str. 6-7

„Razem” dla każdego

Piotr Michalczewski

Str. 8

Aspekty

Rzeźączka – rosnący i palący globalny problem

*Łukasz Łapiński, Bartosz Szetela,
Jacek Gąsiorowski*

Telefon Zaufania AIDS

(+22) 692 82 26; 801 888 448*
od pn. 09:00 do pt. 21:00**

*połączenie płatne tylko za pierwszą minutę
**z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy

AIDS - Zielona Linia

(+22) 621 33 67
poniedziałki, środy w godz. 13:00–19:00
wtorki, czwartki i piątki w godz. 10:00–16:00

Ośrodek Informacji o HIV/AIDS

(+22) 331 77 66
aids@aids.gov.pl

Poradnia Internetowa HIV/AIDS

www.aids.gov.pl
poradnia@aids.gov.pl

Nowe edycje programów określających politykę HIV/AIDS w Polsce

Program Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS na lata 2017-2021

Harmonogram realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS opracowany na lata 2017–2021 obejmuje działania w pięciu obszarach:

- 1) zapobiegania zakażeniom HIV wśród ogółu społeczeństwa;
- 2) zapobiegania zakażeniom HIV wśród osób o zwiększonym poziomie zachowań ryzykownych;
- 3) wsparcia i opieki zdrowotnej dla osób zakażonych HIV i chorych na AIDS;
- 4) współpracy międzynarodowej;
- 5) monitoringu.

Podstawę prawną działań stanowi rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 15 lutego 2011 r. w sprawie Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS.

Realizacją Programu kieruje minister właściwy do spraw zdrowia, a koordynatorem realizacji Programu jest Krajowe Centrum ds. AIDS. Podmiotami obowiązany do realizacji Programu są ministrowie właściwi ze względu na cele Programu, terenowe organy administracji rządowej oraz podległe im jednostki. W realizacji zadań Programu uczestniczą wszystkie podmioty, które na podstawie odrębnych przepisów są obowiązane do opracowywania i realizacji strategii w zakresie polityki społecznej, obejmującej w szczególności programy pomocy społecznej, polityki prorodzinnej, promocji i ochrony zdrowia, programy profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, narkomanii oraz edukacji publicznej. W realizacji zadań Programu mogą również uczestniczyć podmioty, które prowadzą

działalność umożliwiającą podejmowanie zadań wynikających z harmonogramu realizacji Programu lub prowadzenia akcji wspierających jego realizację.

Program polityki zdrowotnej „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2017 – 2021”

Program został opracowany na podstawie materiałów przygotowanych przez Zespół do opracowania projektu polityki zdrowotnej „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2017 – 2021”, powołany Zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. (Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 74), we współpracy z Krajowym Centrum ds. AIDS.

Ujednolicone i zintegrowane leczenie ARV dla wszystkich regionów Polski jest prowadzone od 2001 r., w ramach programu polityki zdrowotnej ministra właściwego do spraw zdrowia pn.: „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce”. Głównym celem jest ograniczenie skutków epidemii HIV/AIDS, poprzez zapewnienie leczenia antyretrowirusowego (ARV). Program leczenia ARV jest programem terapii ambulatoryjnej, o ile nie zaistnieją inne wskazania medyczne do hospitalizacji, które nie zawsze są związane bezpośrednio z zakażeniem HIV. Wszystkie aktualnie zarejestrowane leki antyretrowirusowe dają możliwości prowadzenia terapii ARV zarówno w warunkach szpitalnych, jak i ambulatoryjnych. Pacjenci mają prawo wyboru ośrodka leczącego i mogą go w ciągu roku zmienić.

Terapia antyretrowirusowa jest leczeniem wieloletnim i ze względu na swoją specyfikę nie może być przerywana. Realizacja

Programu w kolejnych latach opierać się będzie na doświadczeniach i wnioskach wyniesionych z poprzednich edycji. Długofalowość działań prowadzonych w ramach realizacji tego dokumentu przekłada się na osiągnięcia trwałych efektów populacyjnych.

Cele szczegółowe:

- *Getting to zero* (WHO): „Dążymy do zera. Zero nowych zakażeń HIV. Zero dyskryminacji. Zero zgonów z powodu AIDS”;
- zmniejszenie śmiertelności z powodu AIDS w populacji osób żyjących z HIV w Polsce,
- zmniejszenie częstości zakażeń HIV w populacji Polaków,
- zmniejszenie zakaźności osób żyjących z HIV/AIDS (skuteczne leczenie ARV),
- dążenie do osiągnięcia celu: 90-90-90 (UNAIDS) do roku 2021. 90% wszystkich osób z rozpoznaniem zakażeniem HIV rozpocznie terapię antyretrowirusową. 90% wszystkich osób przyjmujących leki antyretrowirusowe osiągnie supresję wirusa HIV < 50 kopii/ml,
- zwiększenie dostępności do leków antyretrowirusowych pacjentów zakażonych HIV w Polsce,
- zapewnienie leków antyretrowirusowych niezbędnych w profilaktyce zakażeń wertykalnych (dziecka od matki) i prowadzenie indywidualnego kalendarza szczepień dla dzieci urodzonych przez matki HIV+; zakażenia wertykalne poniżej 1%,
- zapewnienie leków antyretrowirusowych na postępowanie poekspozycyjne na zakażenie HIV pozazawodowe wypadkowe; zero zakażeń po ekspozycji na HIV.

Cele realizowane będą głównie poprzez objęcie leczeniem antyretrowirusowym pacjentów zakażonych HIV i kontynuację terapii u pacjentów leczonych w 2016 r. Zasady kwalifikacji do terapii ARV i dalszego leczenia pacjentów zakażonych HIV i chorych na AIDS w Polsce są zgodne z rekomendacjami, które zostały opracowane przez grupę ekspertów, w ramach działa-

nia Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS. Aktualizacja rekomendacji PTN AIDS jest prowadzona na bieżąco (średnio raz w roku) i uwzględnia wszelkie zmiany wynikające z postępu wiedzy medycznej w leczeniu pacjentów zakażonych HIV i chorych na AIDS.

Programem polityki zdrowotnej leczenia antyretrowirusowego objęte będą wszystkie osoby zakażone HIV i chore na AIDS, których możliwość objęcia programem nie pozostaje w sprzeczności z aktualnie obowiązującymi przepisami prawa, tj. z ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.), w tym również kobiety w ciąży zakażone HIV oraz noworodki urodzone z matek zakażonych HIV, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie standardami (Rekomendacje Zespołu Ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w zakresie zapobiegania perinatalnej transmisji HIV z dnia 24.10.2008 r. oraz Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS z czerwca 2016 r.).

Poza leczeniem ARV osób zakażonych HIV i chorych na AIDS, finansowanym w ramach Programu, wykorzystanie leków antyretrowirusowych odbywa się również w ramach profilaktyki poekspozycyjnej po narażeniu na zakażenie HIV po ekspozycjach pozazawodowych wypadkowych (np. gwałt, pobicie).

Natomiast, ze środków przeznaczonych na realizację Programu nie jest pokrywany zakup leków ARV związany z prowadzeniem:

- profilaktyki przedekspozycyjnej (leki ARV są przepisywane indywidualnie przez lekarza na receptę 100%), która odbywa się na koszt pacjenta;
- profilaktyki poekspozycyjnej po narażeniu na zakażenie HIV po ekspozycjach zawodowych wypadkowych związanych z wykonywaniem pracy, gdzie finansowanie odbywa się zgodnie z ustawą z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 2016 r. poz. 1666), ustawą z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2016 r. poz. 1866).

Komentarz z perspektywy organizacji pozarządowych

Jako przedstawicielka Stowarzyszenia Wollontariuszy Wobec AIDS „Bądź z Nami”, organizacji pacjenckiej wspierającej osoby żyjące z HIV i chore na AIDS oraz realizującej działania z zakresu profilaktyki zakażeń HIV, chciałabym z perspektywy osób, których bezpośrednio dotyczy problem HIV, przedstawić znaczenie Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS i Programu Leczenia ARV.

Obecnie w Polsce już ponad 21 tysięcy osób otrzymało diagnozę zakażenia HIV, a szacuje się, że nawet ponad 50% osób zakażonych żyje w niewiedzy, z nierozpoznanym zakażeniem. Sytuacja jest tak poważna między innymi dlatego, że zaledwie co dziesiąty Polak wykonywał test na HIV. Tymczasem badania wskazują, że źródłem nowych zakażeń HIV są przede wszystkim osoby nieświadome swego zakażenia (25% osób nieświadomych swego zakażenia stanowi źródło około 75% nowych zakażeń). Innym powodem jest brak odnoszenia ryzyka zakażenia do siebie i ciągłe funkcjonowanie stereotypowego myślenia o grupach ryzyka.

W związku z tym w Polsce poważnym problemem jest późne rozpoznawanie zakażenia, podczas gdy wczesne zdiagnozowanie i wdrożenie leczenia we właściwym momencie umożliwia życie w zdrowiu bez AIDS, a tym samym obniża koszty leczenia i opieki nad chorymi. Sytuację społeczną osób żyjących z HIV można określić jako trudną. Osoby seropozytywne nadal narażone są na dyskryminację, wykluczenie i różnego rodzaju trudności na wszystkich niemal polach aktywności życiowej. Brak lub niedostateczny poziom wiedzy społeczeństwa, a czasem brak kompetencji specjalistów skutkuje dla osób zakażonych życiem z tajemnicą i lękiem przed ujawnieniem choroby i związaną z tym oceną a czasem wręcz redefinicją całej ich osoby. Dodatkowym obciążeniem jest świadomość, że życie z HIV jest możliwe tylko w sytuacji zapewnionego dalszego dostępu do leczenia ARV.

Sygnalizuję te problemy, ponieważ podkreślenie ich wagi wskazuje ogromną rolę systemowych, długofalowych rozwiązań.

W naszej – pacjentów – ocenie, takie walory ma właśnie Krajowy Program Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS, który zakłada realizację działań w wielu obszarach. Z perspektywy organizacji pacjentek najważniejszymi są wsparcie i zapewnienie opieki zdrowotnej dla osób zakażonych HIV i chorych na AIDS oraz zapobieganie nowym zakażeniom.

Obok Krajowego Programu realizowany jest Program polityki zdrowotnej „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2017 – 2021”. Każda osoba z potwierdzonym zakażeniem HIV może mieć pewność, że zostanie objęta leczeniem antyretrowirusowym. Polscy pacjenci żyjący z HIV mają dostęp do nieodpłatnego leczenia, a organizacja systemu leczenia i opieki zdrowotnej stanowi modelowe rozwiązanie. Osoby zakażone HIV są w naszym kraju leczone nowoczesnymi i skutecznymi lekami, mają zapewnioną odpowiednią diagnostykę i monitorowanie leczenia. Stabilność prowadzonego leczenia i gwarancja dostępu do nowoczesnych terapii zapewnia pacjentom bezpieczeństwo, co w przypadku przewlekłego, dożywotniego leczenia, jakim jest leczenie HIV/AIDS, jest niezwykle istotne. Szczególnie ważny jest brak uzasadnionych opóźnień we wprowadzaniu nowych leków, które są bezpieczniejsze dla pacjentów. A ten problem, dzięki staraniom realizatora Programu – czyli Krajowego Centrum ds. AIDS – na szczęście został ostatnio rozwiązany. Dlaczego to tak istotne, skoro jest już bardzo szeroki wybór leków ARV? Wynika to ze specyfiki samej choroby, która często wymusza zmianę terapii (np. przez powstawanie lekooporności), ale też z tego, że historia leczenia HIV jest młoda (od 1996 r.) i wcześniej stosowanie leki miały bardzo dużo działań ubocznych. To często one, a nie sama infekcja, są powodem poważnych problemów zdrowotnych. Wśród naszych bliskich, leczonych od wielu lat, występują problemy neurologiczne, nefrologiczne, kardiologiczne czy ortopedyczne. Ograniczenie działań ubocznych leków to nie tylko większy komfort i lepsza jakość życia osób seropozytywnych, lecz także mniejsze wydatki związane z leczeniem np. chorób nerek czy serca. To po prostu konieczność w przypadku

leczenia, które ma trwać przez całe życie. Odnosi się to do pacjentów dorosłych, którzy często już doświadczają ubocznych działań leków, a jest szczególnie istotne w przypadku dzieci i młodych pacjentów (pamiętajmy, że zakażenie rozpoznawane jest coraz częściej nawet u bardzo młodych pacjentów). Stosowanie skutecznego, nowoczesnego leczenia antyretrowirusowego przynosi wiele wymiernych korzyści. Najważniejsze jest jednak to, że osoby skutecznie leczone pozostają aktywne zawodowo, mogą pełnić dotychczasowe role społeczne i pozostawać poza systemem opieki i świadczeń społecznych. Dodatkowym pozytywnym efektem skutecznego leczenia ARV, ważnym nie tylko dla osób żyjących z HIV, jest zmniejszenie zapadalności na gruźlicę, która u osób zakażonych HIV i chorych na AIDS często występuje jako zakażenie oportunistyczne.

Warto też zwrócić uwagę, że od momentu wprowadzenia profilaktyki ARV zakażeń wertykalnych w grupie noworodków urodzonych przez matki zakażone HIV, zmniejszył się odsetek zakażeń z 23% przed rokiem 1989 do poniżej 1% obecnie.

Podkreślamy również fakt, że dostęp do leczenia antyretrowirusowego jest ważnym elementem profilaktyki. Trudną do oszacowania korzyścią wynikającą z prowadzonego leczenia osób zakażonych HIV jest zmniejszenie zakaźności tych osób dla populacji osób zdrowych.

Realizacja zarówno Krajowego Programu, jak i Programu leczenia ARV przynosi korzyści i dla osób zakażonych, i dla ogółu społeczeństwa. Zadania Programu obejmują funkcjonowanie sieci punktów anonimowego i bezpłatnego testowania (PKD). Ale zapewnienie warunków do testowania się to nie tylko miejsce wykonywania testów. Stabilna sytuacja osób już diagnozowanych buduje poczucie bezpieczeństwa, które stanowi zachętę do testowania. W Telefonie Zaufania AIDS, który prowadzi moja organizacja, odbieramy miesięcznie min. 600-800 połączeń. Większość rozmówców pyta: „jeśli byłbym zakażony, to co dalej? Czy jest po co się badać?”. Informacja o możliwości nieodpłatnego leczenia na wy-

sokim światowym poziomie i dalszego niezmiennego funkcjonowania to coś, co skłania do wykonania testu.

Z naszej perspektywy najłabszym elementem Krajowego Programu jest realizacja zadań z obszaru wsparcia osób żyjących z HIV/AIDS. Realizowane projekty mają śmiesznie niskie budżety, ale podstawową bolączką jest brak ciągłości ich finansowania. Tymczasem są to działania obejmujące wsparcie i pomoc psychologiczną dla osób nowo zakażonych i osób doświadczających różnych kryzysów w przebiegu zakażenia. To również edukacja osób seropozytywnych, pomoc w rozwiązywaniu problemów życiowych, ich integracja oraz przeciwdziałanie stygmatyzacji (a często samostygmatyzacji).

W rozwiązywaniu tak złożonych kwestii jak problematyka HIV/AIDS potrzebny jest dobry plan i jego konsekwentna realizacja, bez gwałtownych zmian. Konieczne jest spójne działanie na wielu polach. Luka w jednym obszarze prowadzi do zaostrzenia problemów w innym: niedofinansowanie profilaktyki skutkuje późnym diagnozowaniem zakażeń. Brak pewności co do stabilności leczenia skutkuje zwiększeniem problemów zdrowotnych społeczeństwa (np. gruźlica) i tak naprawdę wzrostem kosztów leczenia wynikających z działań ubocznych leków.

Brak działań wspierających dla osób żyjących z HIV może skutkować wzrostem liczby nowych zakażeń, wzrostem kosztów wynikających z gorszego funkcjonowania społecznego i wypadaniem z dotychczas pełnionych ról społecznych pracownika, członka rodziny, rodzica... To organizacje pacjentki realizują edukację wśród osób zakażonych, a organizacje pozarządowe podejmują działania antydyskryminacyjne i edukacyjne.

Na zakończenie chciałam w imieniu osób, które reprezentuje moja organizacja, podziękować za to co zostało już zrobione i prosić o kontynuowanie obecnych działań w sposób zapewniający ich maksymalną efektywność.

Irena Przepiórka

Zakażenie HIV w systemie rodzinnym

Problematyka zakażenia HIV w związku +/- czy też całej rodzinie poruszana bywa w różnych kontekstach, przede wszystkim przez praktyków zajmujących się pomocą, wsparciem czy leczeniem. Trudniej jednak o źródła naukowe, które pozwoliłyby na lepsze rozumienie procesów zachodzących w rodzinie doświadczającej seropozytywności. Tymczasem ich opis mógłby być pomocny w prowadzeniu działań wspierających czy terapeutycznych.

Rodzina bywa definiowana na wiele sposobów i z różnych perspektyw. Z punktu widzenia podjętej tematyki najistotniejsze wydaje się jednak systemowe rozumienie rodziny. W tej teorii rodzina, to nie tylko indywidualne osoby, które są jej członkami, ale nowy organizm, *kompleksowa i jednolita całość*, która posiada właściwe tylko sobie cechy, zestaw zasad, role przypisane swoim członkom, strukturę władzy, formy komunikacji i sposoby rozwiązywania problemów [5]. Osoby w systemie są ze sobą powiązane, więc działanie (lub zmiana) jednego elementu powoduje zmiany w całym systemie [2]. Wszyscy nieustannie wzajemnie na siebie wpływają [5]. System rodzinny ma również swoje podsystemy (małżeństwa/partnerstwa, rodziców, rodzeństwa), a każdy jego członek należy równocześnie do kilku podsystemów, przez co wchodzi też w różne rodzaje relacji [5].

W tak rozumianej rodzinie zakażenie HIV któregośkolwiek z jej członków dotyczy całego systemu. O ile doświadczenie seropozytywności może być odmiennie przeżywane przez poszczególne osoby, o tyle sposób przeżywania będzie miał wpływ na funkcjonowanie całego systemu. Wpływ ten może być różny i nie zawsze mieć potwierdzenie w obiektywnych, medycznych faktach. Podobnie dzieje się w przypadku innych przewlekłych kondycji zdrowotnych, tak więc wyjaśnianie niektórych procesów można odnieść do teorii dotyczącej rodzin doświadczających innych chronicznych chorób. Jedną z ważnych postaci opisujących tę tematykę jest J. S. Rolland [10]. Podkreśla on, że choroba zawsze w jakiś sposób będzie wpływać na system, ale jej wpływ jest zróż-

nicowany w zależności od wielu czynników, z których szczególnie ważnymi są początek (*onset*) choroby, sposób przebiegu (*course*), rokowania (*outcome*) oraz istota czy poziom powodowanych przez nią dysfunkcji (*incapacitation*) [9, 10].

W odniesieniu do rokowań w przypadku zakażenia HIV należy zauważyć, że w dobie leczenia antyretrowirusowego są one zazwyczaj bardzo dobre, a dysfunkcje stosunkowo niewielkie. Nie można jednak zapominać, że najważniejszym aspektem jest tutaj nie obiektywne rokowanie czy dysfunkcje „medyczne”, a raczej sposób przeżywania ich przez samą osobę zainteresowaną. W związku ze stygmatyzacją osób żyjących z HIV, jak również z powiązaniem pomiędzy seropozytywnością a seksualnością, subiektywne odczuwanie dysfunkcji może być różne u poszczególnych osób. W najbliższych latach duże znaczenie dla przeżywania zakażenia może mieć prawdopodobnie wiedza na temat zakaźności osób z niewykrywalną wirusową, jak też dostęp do tej wiedzy.

Wymienione wyżej czynniki wpływu choroby na rodzinę mieszczą się w szerszym modelu możliwych zależności między przewlekłą chorobą a funkcjonowaniem rodziny stworzonym przez Rollanda. Wszystkie one decydują o *typie choroby*, który jest centralnym punktem tego modelu. Dwa pozostałe elementy, to *cykl życia osoby, rodziny i choroby* oraz *system wierzeń rodzinnych*, najczęściej osadzających się w danej kulturze czy etniczności, ale także – w przekazach z rodzin pochodzenia [10].

Badacze podkreślają, że mimo że przed rodziną doświadczającą choroby przewlekłej stoją takie same wyzwania cyklu życia¹, jak przed innymi rodzinami, to dodatkowo musi sprostać nowym wyzwaniom, które nakładają się na pozostałe, utrudniając poradzenie sobie z innymi wyzwaniami rozwojowymi [3]. Chorowanie jest charakterystyczne dla okresu późnej dorosłości, natomiast wcześniej można je określić jako *odstępstwo od fazy (out of phase)*. Dlatego adaptacja systemu rodzinnego do choroby pojawiającej się we wcześniej-

szych etapach cyklu będzie prawdopodobnie trudniejsza i powodująca znacznie wyższy stres [9]. Wysoki stres dotyczący systemu rodzinnego jest natomiast czynnikiem wymuszającym zmiany w regułach rodzinnych i wzorach funkcjonowania. Co istotne, kiedy zwiększa się stres, rodzina funkcjonuje na niższym poziomie zróżnicowania niż w okresach, kiedy stres ten jest mniejszy [9]. Stwarza to ryzyko pojawienia się koalicji rodzinnych, fuzji², nadmiernego uwikłania w sprawy innych członków rodziny. Badania prowadzone w latach 2006-2014 pozwalają wskazać, że ryzyko takiego uwikłania i „zlewania się” członków rodziny istnieje także w dwupłciowych parach +/- . Wykazują one często tendencje do posiadania tylko wspólnych znajomych, prawie jednakowych z partnerem osobistych celów życiowych, zbliżonego poczucia wsparcia społecznego, niemal identycznego postrzeżenia obszarów konfliktowych i sposobów rozwiązywania konfliktów i in. [1].

Innym kłopotem w rodzinach, które doświadczają choroby przewlekłej może być niska tolerancja konfliktów, unikanie ich, problem z wyrażaniem złości w obawie przed sprawieniem przykrości osobie chorującej [8]. Może to skutkować nagromadzeniem negatywnych emocji, przenoszeniem złości na inne osoby w rodzinie lub tłumieniem trudnych uczuć. Badania pozwalają sugerować, że także w przypadku par +/- istnieje taka tendencja. Osoby te deklarują bowiem niezwykle małe natężenie jakichkolwiek konfliktów, niezależnie od sfery, której miałyby dotyczyć [1]. Tymczasem niewyrażona złość może powodować szereg negatywnych konsekwencji dla funkcjonowania systemu, dlatego też wiedza dotycząca opisanych wyżej zjawisk może być pomocna w prowadzeniu ewentualnych działań terapeutyczno-wspierających. Ważne tu będzie bowiem zwrócenie uwagi na reorganizację oraz elastyczne ustalenie hierarchii i granic pomiędzy subsystemami [10], rozwijanie nowych form komunikacji (w tym komunikowania złości), wspieranie niezależności i podnoszenie samooceny członków systemu, rozwijanie interakcji z zewnętrznymi systemami [7] oraz wspieranie systemu partnerskiego [5].

1. Szerzej na ten temat: Goldenberg H., Goldenberg I., (2006). *Terapia rodzin*, Kraków: WUJ.

2. Szerzej na ten temat: Goldenberg H., Goldenberg I., (2006). *Terapia rodzin*, Kraków: WUJ.

Ostatnim czynnikiem wpływu choroby na rodzinę wymienionym przez Rollanda [9, 10] jest system wierzeń, na który składają się przekonania rodzinne dotyczące chorowania, osoby chorującej, funkcji choroby czy funkcjonowania z chorobą, nabywane najczęściej z rodziny pochodzenia, szerszych systemów, religii czy doświadczeń [9, 10]. Każda rodzina w przekazach międzypokoleniowych transmituje różne przekonania na ten temat i różne zachowania związane z chorowaniem - warto do nich docierać i sprawdzać, jaki mają wpływ na funkcjonowanie systemu rodzinnego.

Rolland podkreśla też, że wierzenia decydują o postrzeganiu tzw. normalności przez członków rodziny, relacji między ciałem a umysłem, kontroli nad daną kondycją zdrowotną, jej symptomów, społecznej reakcji na nią, przyczyn zachorowania itd. Mają także wpływ na postrzeganie rytuałów rodzinnych odnoszących się do chorowania i ról związanych z płcią [9, 10]. Badacze podkreślają, że w rodzinach, w których któraś z osób choruje przewlekle, kobiety (niezależnie, czy same chorują, czy ich partner) bywają nadopiekuńcze i skupione na drugiej osobie, mogą mieć problem z negocjowaniem kompromisów. Ponadto chorujące przewlekle

kobiety podejmują często zwiększoną liczbę aktywności związanych z rolami tradycyjnie pojmowanymi jako kobiece, przy czym będąc zadowolone ze swoich związków, są mniej zadowolone z siebie w roli partnerki czy matki. Z drugiej strony partnerki mężczyzn chorujących mają tendencje do podejmowania praktycznie w całości aktywności „kobięcych”, ale też wiele „męskich”, przez co mają poczucie przeciążenia obowiązkami, niższe zadowolenie ze związku, poczucie braku zrozumienia i wsparcia, ale za to charakteryzuje je wysoka samoocena w roli partnerki. Tymczasem chorujący mężczyźni mają najczęściej duże poczucie wsparcia i zrozumienia, są też zadowoleni ze swoich związków (przy czym jeśli jest to małżeństwo, to im bardziej zadowolony jest mąż, tym mniej zadowolona jest jego żona). Dodatkowo większe poczucie przeszkód w życiu rodzinnym związanych z chorowaniem zaobserwowano u kobiet, niż u mężczyzn [8]. Podobne tendencje można ostrożnie zaobserwować także w parach +/-.

Niezakażone kobiety nieco rzadziej mają poczucie otrzymywania wsparcia od partnera i częściej oceniają siebie jako główne

„dostarczycielki” wsparcia, podczas gdy mężczyźni, niezależnie od statusu serologicznego, lepiej oceniają związek i partnerkę niż kobiety – związek i partnera [1].

Podsumowując warto podkreślić, że zagadnienie zakażenia HIV w rodzinie z perspektywy praktyki wsparcia i terapii powinno być podejmowane częściej i obszerniej. W niniejszym artykule – z racji ograniczonej możliwości – zasygnalizowano jedynie najważniejsze obszary, które należałoby zgłębiać – zarówno analizując dostępne już dane, jak i prowadząc dalsze badania w tym zakresie. Należy także wskazać, że w tekście skupiono się przede wszystkim na problematyce par dwupłciowych, jednak dla potrzeb terapii i wsparcia warto również zwrócić w przyszłości uwagę na specyfikę rodzin tworzonych w związkach jedнопłciowych, w których występuje zakażenie HIV.

**dr Maria Brodzikowska,
Akademia Wychowania Fizycznego
w Krakowie, Stowarzyszenie
Profilaktyki i Wsparcia w zakresie
HIV/AIDS „Jeden Świat”**

PIŚMIENICTWO

1. Brodzikowska M., (2014). *Percepcja małżeństwa i świadomość wychowawcza osób dotkniętych problemem HIV/AIDS. Perspektywa pedagogiczna*, praca doktorska obroniona na Wydziale Filozoficznym UJ.
2. Goldenberg H., Goldenberg I., (2006). *Terapia rodzin*, Kraków: WUJ.
3. Perry A., (2004). A Model of Stress in Families of Children with Developmental Disabilities: Clinical and Research Applications. w: *Journal on Developmental Disabilities*, Vol. 11, No. 1.
4. Piątek J., (2010). Interwencja po traumie – wybrane aspekty praktyczne. W: B. Zadumińska (red.), *Interwencja w kryzysie – kryzys w interwencji*. Kraków: Towarzystwo Interwencji Kryzysowej, 25-40.
5. Plopa M., (2004). *Psychologia rodziny. Teoria i badania*, Elbląg: Wydawnictwo Elbląskiej Uczelni Humanistyczno – Ekonomicznej.
6. Plopa M., (2005). *Więzi w małżeństwie i rodzinie. Metody badań*, Kraków: Oficyna Wydawnicza IMPULS.
7. Price S. J., Price C. A., McKenry P. C., (2007). Families Coping With Change. A Conceptual Overview. w: *Families and Change: Coping with Stressful Events and Transitions*, New York.
8. Revenson T. A., (2003). Scenes from a Marriage: Examining Support, Coping and Gender within the Context of Chronic Illness. W: *Social Psychological Foundations of Health and Illness* pod red. J. Suls i K. Wallston, Oxford: Blachwell Publishing.
9. Rolland J. S., (1987). Family Illness Paradigms: Evolution and Significance. w: *Family Systems Medicine*, Vol. 5 No. 4.
10. Rolland J. S., (1999). Parental illness and disability: a family systems Framework. W: *Journal of Family Therapy*, No.21.
11. Zubrzycka, Emeryk, (2002). Wpływ astmy oskrzelowej dziecka na funkcjonowanie jego rodziny. W: *Alergia Astma Immunologia*, 7(1), 21-26

Kampania społeczna „HCV Jestem świadom”

Ważnym elementem działań profilaktycznych jest dostarczenie społeczeństwu informacji pozwalających zidentyfikować i zrozumieć problem zdrowotny, jego przyczyny i możliwości zapobiegania, zwłaszcza te realnie dostępne dla obywateli.

Wieloletnie badania prowadzone w ramach tego Projektu „Zapobieganie zakażeniom HCV” pozwoliły na określenie szacunkowej liczby osób przewlekle zakażonych HCV w Polsce, tj. nawet 200 tys. osób, jak również ustalenie czynników i grup ryzyka zakażeń HCV. Badania te wykazały również, że w Polsce blisko 80% osób zakażonych HCV

nie wie o zakażeniu. Dlatego ważnym i zarazem jednym z kluczowych działań projektu było przeprowadzenie kampanii społecznej „HCV Jestem świadom”, mającej na celu podniesienie poziomu wiedzy o HCV wśród Polaków i promowanie postawy aktywnej w zakresie zachowań prozdrowotnych.

Zaplanowanie odpowiednich działań edukacyjno-informacyjnych w ramach kampanii społecznej nie byłoby możliwe bez przeprowadzenia badania opinii społecznej na temat tego, co Polacy wiedzą o HCV. W badaniu wykazano, że świadomość na temat zakażeń HCV w społeczeństwie jest wciąż zbyt niska.

Ponad połowa osób (55%) deklarowała, że nigdy nie słyszała o wirusie HCV, a tylko 12% spośród badanych osób w wieku 15-24 lata to osoby świadome problemu zakażeń HCV. Wielu z badanych respondentów było przekonanych, że istnieje szczepionka przeciw WZW C, a tylko 14% z badanych udzieliło poprawnej odpowiedzi, że takiej szczepionki jeszcze nie wynaleziono. Na pytanie czy z zakażenia HCV można się skutecznie wyleczyć, tylko co piąty respondent twierdził, że zakażenie HCV można skutecznie wyleczyć, a co trzeci badany był zdania, że dostępne są leki, które pozwalają tylko kontrolować zakażenie HCV. Uzyskane wyniki pozwoliły na ustale-



nie obszarów, którymi w pierwszej kolejności należy się zająć w kampanii społecznej. Organizatorzy przede wszystkim postanowili się zająć działaniami prowadzącymi do wzrostu świadomości Polaków na temat HCV i konsekwencjach dla zdrowia, jakie może powodować, a także zmian zachowań zmniejszających ryzyko zakażenia HCV. Odbiorcy przekazów medialnych każdego dnia słyszą dziesiątki komunikatów o zagrożeniu dla ich zdrowia i życia. Często przejmują się historiami, których szansa wystąpienia jest znikoma. Planując działania oraz kreację kampanii społecznej, z uwagi na złożoność tematu i jego niską atrakcyjność, w przekazie mediowym zastosowano swoistą prowokację stylistyczną w postaci wymagowanych zagrożeń: rekina w Bałtyku, pająków w bananach, czy też kobry grasującej na osiedlu w celu uchwycenia i przekierowania uwagi odbiorców na problem zakażeń HCV. Kampania była prowadzona przy równo-

ległym użyciu różnych kanałów informacyjnych: telewizji (emisja spotu, udział w programach informacyjnych, organizacja „Wielkiego Testu o Zdrowiu”), radio (emisja spotu i audycji), plakatów, pikników edukacyjnych w 17 miastach w Polsce, w tym 10 w ramach trasy koncertowej „Lato z Radiem”. W tych działaniach wskazywano, że zakażenia HCV stanowią problem zdrowotny wszystkich grup społecznych.

Wiedza o HCV przekazywana była również w Internecie. Kampania internetowa, jako niestandardowe narzędzie w kampanii społecznej skupiała się na działaniach mających na celu uświadomienie społeczeństwa na temat: problemu zakażeń HCV, możliwości diagnostyki i leczenia, dróg szerzenia się wirusa oraz działań ograniczających ryzyko zakażenia. Wszystkie aktywności w kampanii społecznej „HCV Jestem świadom” skupiały się przede wszystkim wokół strony

internetowej www.jestemswiadom.org. Każdy komunikat pojawiający się w tradycyjnych mediach masowych przekierowywał odbiorcę na stronę kampanii. W ramach kampanii internetowej prowadzone były także działania w mediach społecznościowych. Na Facebooku, Twitterze, YouTube, Printrester, Google+, Snapchacie oraz Instagramie powstawały odpowiednie profile. W kampanii internetową zostali zaangażowani również blogerzy i youtuberzy, którzy ze swoim przekazem podprogowym w ramach różnej tematyki poruszanej na swoich profilach, trafiali do swoich subskrybentów.

Zwieńczeniem kampanii społecznej „HCV Jestem świadom” było przyznanie przez Kapitułę konkursu Sukces Roku w Ochronie Zdrowia Liderzy Medycyny 2016, nagrody głównej w kategorii: Lider Roku 2016 w Ochronie Zdrowia działalność edukacyjno-szkoleniowa.

Więcej informacji na temat działań podejmowanych w ramach kampanii społecznej „HCV Jestem świadom” można znaleźć na stronie www.jestemswiadom.org, jak również w artykule „Kampania społeczna „HCV Jestem świadom” – translacja wiedzy i jej zintegrowany przekaz do grup docelowych”¹.

*Prof. dr hab. n. med. Rafał Gierczyński,
Rafał Patola
Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego
- Państwowy Zakład Higieny*

1. Patola R., Gierczyński R., Małek A. (2017) Kampania społeczna „HCV Jestem świadom” – translacja wiedzy i jej zintegrowany przekaz do grup docelowych. PROJEKT KIK/35 „ZAPOBIEGANIE ZAKAŻENIOM HCV” JAKO PRZYKŁAD ZINTEGROWANYCH DZIAŁAŃ W ZDROWIU PUBLICZNYM NA RZECZ OGRANICZENIA ZAKAŻEŃ KRWIOPCHODNYCH W POLSCE”, NIZP-PZH; str. 126-153;

Kiła – czy dzieje się coś złego?

Kiła to jedna z wielu chorób przenoszonych drogą płciową. Zakażenie wywołane jest przez krętka bladego (bakterię). Dość łatwo może dojść do zakażenia, nie tylko przy kontaktach penetracyjnych, lecz także przy seksie oralnym – jeśli zmiany, takie jak owrzodzenia lub guzki, zlokalizowane są w obrębie jamy ustnej lub gardła.

Choroba ta jest znana od bardzo dawna i szybko wykryta może być skutecznie leczona. Niestety obecnie, podobnie jak inne choroby przenoszone drogą płciową, jest trochę zapomniana. Były czasy, kiedy badanie w kierunku kiły wykonywano rutynowo, np. w trakcie badań okresowych w pracy.

Odsetek przetestowanych wtedy Polaków był bardzo wysoki. Jednocześnie zgłaszanie imienne osób z kiłą oraz badanie i leczenie ich partnerów były obowiązkowe.

Obecnie niewiele się mówi o chorobach przenoszonych drogą płciową i mało jest miejsc opieki medycznej, gdzie można się pod tym kątem przebadać. Wiele osób nie wie, jak przebiega kiła i mimo ewidentnych objawów wstydzi się zgłosić do lekarza.

Przebieg tej choroby ma trzy okresy:

- kiła wczesna pierwszorzędowna – w miejscu wniknięcia bakterii po kilku tygodniach pojawiają się owrzodzenia – twar-

de i bezbolesne. Znikają one samoistnie po kilku tygodniach, więc jeśli osoba zakażona nie zgłosiła do lekarza może uważać, że problem sam się rozwiązał.

- kiła wczesna drugorzędowa – z miejsca owrzodzenia rozsiewają się po całym organizmie bakterie krętka bladego. Daje to objawy grudkowatej, czerwonej, nieswędzącej wysypki na tułowiu, dłoniach i podszewkach. Rozdrapanie zmian powoduje wydostanie się wysoko zakaźnej wydzieliny. Wysypka po kilku tygodniach samoczynnie mija. Kiła natomiast nadal się rozwija w organizmie.
- kiła późna – po około 2 latach od zakażenia mogą pojawić się guzki, tzw. kilaki.

Umieszczać mogą się na różnych częściach ciała, są bezbolesne, nieco ciemniejsze niż otaczająca je skóra. Dochodzi do martwicy guzków i ich rozpadu. Na miejscu pozostaje owrzodzenie i zniszczenie okolicznych tkanek.

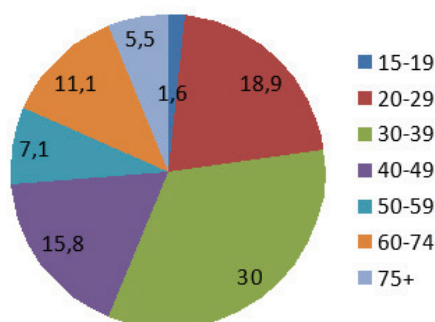
Brak działań profilaktycznych prowadzi do późnego wykrywania zakażeń. Mamy w Polsce nawrót kiły. Poziom świadomości społeczeństwa, ale również samych lekarzy, jest dalece niewystarczający. Lekarze zaczynają przyjmować osoby z kiłą trzeciorzędową, czyli w ostatniej fazie zaawansowania choroby. Młodzi lekarze o tym stadium uczyli się tylko z podręczników, bo przez wiele lat w Polsce kiła była „pod kontrolą”, wykrywana na znacznie wcześniejszym etapie.

Bardzo niepokojącym zjawiskiem jest również pojawienie się kiły wrodzonej u dzieci. Jest to efekt braku lub zbyt późnego wykonania testów przesiewowych w ciąży¹.

Z danych Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny wynika, że w 2014 roku stwierdzono kiłę wrodzoną i kiłę u noworodków u 20 dzieci, w 2015 – u 14 dzieci. Wśród dorosłych w 2014 roku odnotowano 1212 zachorowań, a w 2015 – 1 338. Analizując dane szczegółowe dotyczące procentowego rozkładu zachorowań według płci zwraca szczególną uwagę wysoki odsetek zakażeń wśród kobiet mieszkających w mieście > 60 roku życia. Wynosi on bowiem 16,6%, gdzie w tej samej grupie wiekowej mężczyźni stanowi 4,2% – ryc. 1 i 2².

Fundacja Edukacji Społecznej w koordynowanych przez siebie Punktach Konsultacyjno-Diagnostycznych mieszczących się w Warszawie, wprowadziła we wrześniu 2016 r., z grantu Positive Action, pilotażową akcję szybkich testów na kiłę. Każda osoba wykonująca badanie w kierunku HIV miała proponowane badanie w kierunku kiły. Do końca stycznia 2017 r. wykonanych zostało 1 550 badań (516 wśród kobiet, 1 024 wśród

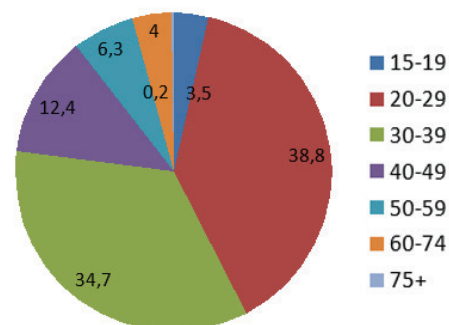
Ryc. 1. Kiła wśród kobiet w mieście - podział procentowy wg wieku



mężczyzn). 74 badania pokazały reaktywny wynik testu – oznaczający wykrycie przeciwciał. Wszystkie osoby dostały zalecenie zgłoszenia się do Poradni Dermatologii i Wenerologii przy ul. Koszykowej 82A w Warszawie, w celu weryfikacji badania. Kilka osób powiedziało po otrzymaniu wyniku reaktywnego wykonanego w PKD, że kilka miesięcy lub lat wcześniej przeszło leczenie na kiłę. Takie osoby w testach sprawdzających przeciwciała mogą bardzo długo mieć reaktywny wynik mimo braku choroby. Pamiętać jednak należy, że po leczeniu można ponownie zakażać się kiłą, dlatego też wszystkie osoby były kierowane do specjalistycznej placówki w celu weryfikacji zakażenia. Wynik reaktywny kiły otrzymało 1,4% (n=7) badających się kobiet i 6,5% (n=67) mężczyzn.

Pilotażowe badania pokazują, że tego typu testowanie jest bardzo potrzebne. Większość z badanych osób, szczególnie kobiet,

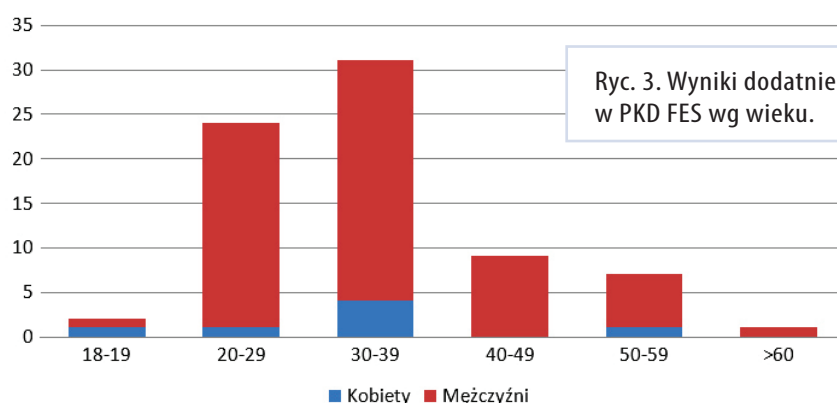
Ryc. 2. Kiła wśród mężczyzn w mieście - podział procentowy wg wieku



nie podejrzewała u siebie kiły. Szybka i łatwa diagnostyka daje szansę na włączenie leczenia we wczesnym stadium choroby.

Diagnostyka w kierunku kiły powinna znowu zwrócić uwagę osób zajmujących się zdrowiem publicznym. Ludzie podejmują zachowania seksualne z różnymi partnerami. Niestety używanie prezerwatyw w przygodnych kontaktach jest ciągle mało popularne i w przypadku zakażenia kiłą nie zawsze skuteczne. Czas na długoterminowe i przemyślane działania profilaktyczne – bez nich wskaźniki zachorowań będą rosły. W przypadku dzieci z kiłą wrodzoną zmiany są często nieodwracalne. Badanie jest bardzo tanie, leczenie znacznie droższe, a późno wykryta kiła może mieć negatywny wpływ na całe życie.

*dr. n. społ. Magdalena
Ankiersztejn-Barczak,
prezes Fundacji Edukacji Społecznej*



Ryc. 3. Wyniki dodatnie w PKD FES wg wieku.

1. Serwin AB, Unemo M. Syphilis in females in Białystok, Poland, 2000-2015. Przegl Epidemiol. 2016; 70(2): 273-80.

2. Czarkowski M.P. CE, Staszewska-Jakubik E., Kondej B. Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w 2015r. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny. 2015.

Jeśli chcą Państwo zostać autorem ARTYKUŁU w Kontrze prosimy o kontakt mailowy na adres: kontra@aims.gov.pl

Jeśli chcą Państwo, aby ważne wiadomości (np. informacje o wydarzeniach związanych z HIV/AIDS) znalazły się w e-Kontrze proszę przesłać pełną informację na wyżej podany adres o temacie „PROŚBA O ZAMIESZCZENIE INFORMACJI W e-Kontrze”

„Razem” dla każdego

Stowarzyszenie Wolontariuszy Razem Przeciw HIV/AIDS zaczęło skromnie i nieformalnie w 1997 roku. Pięć lat później zostało oficjalnie zarejestrowane, a po prawie 20 latach działalności jest już jedną z najważniejszych organizacji pozarządowych działających w Toruniu. Takie początki miały również wpływ na to, co najbardziej charakterystyczne w tym stowarzyszeniu: niewymuszona zespółowość i otwartość. Te dwie cechy szybko stały się jego fundamentem.

„Lepiej zapobiegać niż leczyć”. Z jednej strony komunał, z drugiej – podstawowe zadanie, którego podejmują się toruńscy wolontariusze. Dzięki projektom edukacyjnym realizowanym m.in. dla Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego „Razem” obejmuje swoją ofertą cały region. Najbardziej doświadczony duet w postaci Andrzeja Olczyka, prezesa stowarzyszenia, oraz Artura Murasa, jednego z wolontariuszy, pojawia się zarówno w Toruniu, jak i w Grudziądzu czy Lipnie. Ze swoimi szkoleniami, do których scenariusz został zapisany we współpracy z prof. Zbigniewem Izdebskim, przyjeżdżają do szkół w całym regionie. – Najgorzej jest w małych, wiejskich szkołach. – mówi Artur Muras. – Kiedyś zaczynając zajęcia zapytałem, ile osób podałoby rękę osobie zakażonej. Nikt nie chciał się zgłosić. Widać było konsternację. Jeden chłopak wprost powiedział, że nigdy by tego nie zrobił. Sytuacja związana ze stereotypami na temat HIV oraz AIDS i odbiorem osób zakażonych w regionie jest zróżnicowana. Jednak po szkoleniach oferowanych przez Stowarzyszenie Wolontariuszy Razem poziom wiedzy wyrównuje

się. – Dostyc dobrze pamiętam tamtą grupę. – wspomina Artur Muras. – Po zakończeniu zajęć zadałem to samo pytanie. Było lepiej. Niektórzy deklarowali, że nie ma nic złego w przytuleniu osoby zakażonej czy w pocałunku. Właśnie dlatego to robimy, żeby każdy był wolny od uprzedzeń i wiedział, jak naprawdę uniknąć zakażenia.

„Oczko w głowie”

Tak o dwóch Punktach Konsultacyjno-Diagnostycznych w Toruniu i Bydgoszczy mówi Andrzej Olczyk. Obsługa obu tych placówek jest jednym z filarów szerokiej oferty Stowarzyszenia Wolontariuszy Razem. Każdy, kto przychodzi na badanie w kierunku HIV, może nie tylko wykonać je za darmo. – Najważniejsze, żeby osoba, u której wykryjemy wirusa, nie została z tym sama. – mówi Andrzej Olczyk. – Jeśli okaże się, że badający się jest zdrowy, z punktu wyjdzie z wiedzą, jak się nie zakażać. – To wszystko dzięki poradnictwu okołotestowemu. Podczas rozmowy badani dowiadują się, jakie jest ryzyko zakażenia w ich przypadku. Po przeprowadzonym teście przybiera to formę edukacyjną: jak uniknąć zakażenia HIV w przyszłości. W przypadku diagnozy HIV+ każdy dostaje wskazówki, jak odnaleźć się w nowej, często nieoczekiwanej sytuacji. W 2016 roku w toruńskim punkcie przebadali się 424 osoby, z czego wykryto 5 nowych przypadków zakażenia HIV. Z kolei w Bydgoszczy test wykonało 440 osób. Tam zakażenie HIV wykryto u 4 osób.

„Razem” wychodzi do ludzi

Do niedawna Stowarzyszenie Wolontariuszy Razem miało duży problem z dotar-

ciem do jednej z liczniejszych grup w Toruniu – studentów. Zmieniło się to wraz z propozycją grupy studentów tworzących strategię promocyjną na potrzeby swojego kierunku studiów. Dzięki otwartości i zaangażowaniu projekt został zrealizowany. Zachęteni pakietem edukacyjnym studenci przychodzili do namiotu stowarzyszenia. Podczas Juwenaliów Uniwersytetu Mikołaja Kopernika mogli poszerzyć swoją wiedzę i po prostu porozmawiać w luźnej atmosferze wzajemnego zrozumienia. Była to największa jednorazowa akcja organizowana przez „Razem”, o której według statystyk usłyszało ponad 30 tys. użytkowników Facebooka.

Dwie najważniejsze okazje na pokazanie się Stowarzyszenia Razem w przestrzeni publicznej są związane z obchodami Światowego Dnia AIDS. To właśnie wtedy organizowany jest happening na toruńskiej starówce. Zebrani stawiają znicze, by uczcić pamięć osób, które zmarły z powodu AIDS. Zainteresowani przechodnie otrzymują symboliczne, czerwone wstążeczki i ulotki oraz mają szansę porozmawiać i podzielić się swoimi osobistymi historiami. W tym samym czasie na scenie w klubie studenckim Od Nowa występują znani, polscy muzycy. Przez ostatnie trzy lata koncert z okazji Światowego Dnia AIDS zagrali Skubas, Acid Drinkers i PUSTKI. Wszystkie pieniądze zarobione na koncercie są przeznaczane na wspólną wigilię wolontariuszy i beneficjentów stowarzyszenia.

Trudno o lepsze podsumowanie działalności Stowarzyszenia Wolontariuszy Razem niż spotkanie przy wigilijnym stole. Towarzyszy mu świąteczna, przepelniona wzajemnym zrozumieniem atmosfera. Między stolami zastawionymi tradycyjnymi potrawami biegają dzieci, śpiewając kolędy. Każdy dostaje skromny prezent. Wolontariusze i beneficjenci dzielą się opłatkiem i tym prostym, symbolicznym gestem zbliżają się do siebie jeszcze bardziej. Czas upływa na rozmowach i śmiechu. Właśnie takie jest „Razem”. Otwarte na każdego.

Piotr Michalczewski



Fot. Jacek Kośliński

Titus, frontman Acid Drinkers – koncert z okazji Światowego Dnia AIDS w 2015 r.



Fot. Jacek Kośliński

Parada juwenaliowa – Na znak solidarności z zakażonymi HIV motocykliści mają „Czerwone kokardki”

kontra 

Redakcja
Maryla Rogalewicz
Katarzyna Gajewska
Wydawca:
Krajowe Centrum ds. AIDS

Adres redakcji:
ul. Samsonowska 1, 02-829 Warszawa
tel. (+22) 331 77 68, fax (+22) 331 77 76
e-mail: kontra@aims.gov.pl
www.aims.gov.pl

Egzemplarz bezpłatny
Redakcja zastrzega sobie prawo
adjustacji i skracania artykułów.

aspekty

Dodatek do Biuletynu Krajowego Centrum ds. AIDS



Rzeżączka – rosnący i palący globalny problem

Zakażenia przenoszone drogą kontaktów seksualnych (*sexually transmitted infection, STI; sexually transmitted disease, STD*) łączy z HIV nie tylko droga transmisji, ale również fakt, że wystąpienie jednej z nich może zwiększać ryzyko nabycia HIV lub innej STI [2,4,11,12].

Za jedną z przyczyn obserwowanego wzrostu liczby nowych zakażeń HIV uznaje się coraz większe rozpowszechnienie STI. W przebiegu chorób wenerycznych dochodzi do: wtórnego rozwoju miejscowego stanu zapalnego i wzrostu liczebności komórek docelowych dla HIV, zwiększenia ekspresji receptorów dla HIV na ich powierzchni, a także wzrostu stężenia wirusa na zmienionych zapalnie błonach śluzowych oraz w nasieniu i wydzielinie z pochwy. Wszystko to sprzyja łatwiejszej transmisji HIV. Dlatego też w populacji

Tabela 1. Zależność między HIV a rzeżączką i chlamydią [2,4,11,12].

STD	Wpływ rzeżączki i chlamydiozy na ryzyko zakażenia HIV i jego przebieg	Wpływ HIV na ryzyko zakażenia rzeżączką i chlamydią oraz ich przebieg
Rzeżączka Chlamydia	2-5 x ↑ ryzyka zakażenia HIV w przypadku zakażenia rzeżączką / chlamydią (10 x ↑ HIV RNA w wydzielinie narządów płciowych) Skuteczna antybiotykoterapia zmniejsza HIV RNA w wydzielinie narządów płciowych, ale zwiększone ryzyko pozostaje przez kilka tygodni po ustąpieniu objawów	Zakażenie HIV w stadium AIDS ↑ ryzyko powikłań (zapalenie narządów miednicy mniejszej)

osób z STI odsetek pacjentów zakażonych HIV jest większy niż w populacji ogólnej. Pod tabelą 1 umieszczono dane dotyczące koinfekcji HIV i dwoinką rzeżączki – aż do 14% pacjentów może być zakażonych obydwoma patogenami [2,4,11,12].

Ponadto HIV i STI mogą wpływać na swój przebieg. Odnosi się to nie tylko do zakażeń (np. opryszczka, kiła), w przebiegu których pojawia się owrzodzenie zwiększające ryzyko wniknięcia HIV do organizmu, ale także do zakażeń przebiegających z powstaniem wydzieliny z narządów płciowych (rzeżączka, chlamydioza). W tabeli 1 przedstawiono zależność między HIV oraz rzeżączką i chlamydią [2,4,11,12].

Koinfekcja dwoinką rzeżączki i HIV: 2-14%; koinfekcja Chlamydia trachomatis i HIV: 1-2%; współwystępowanie zakażenia rzeżączką i chlamydią w grupie MSM: 4-11%. Czynnikiem etiologicznym rzeżączki jest Gram-ujemna bakteria – dwoinka rzeżącz-

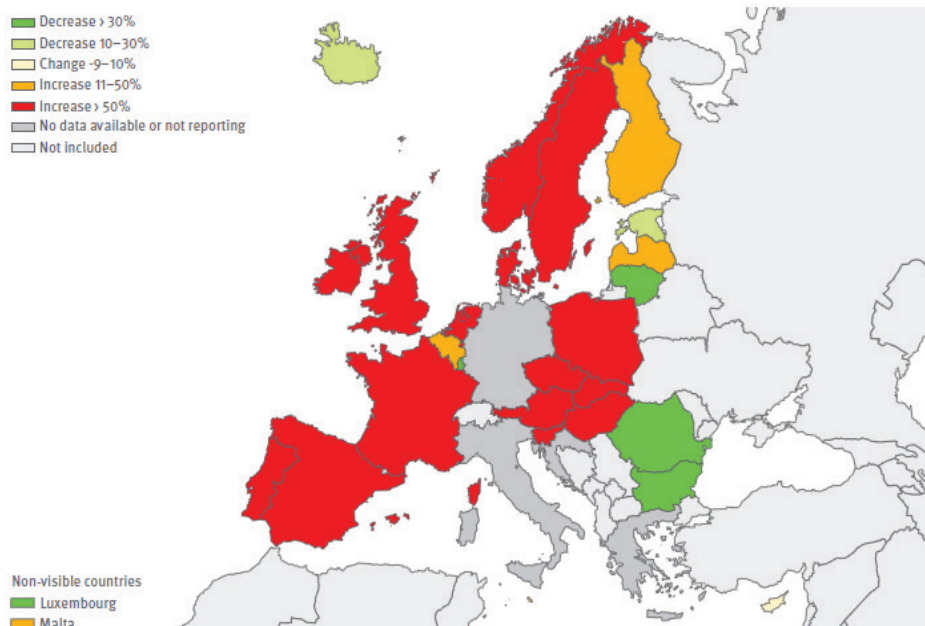
ki (*Neisseria gonorrhoeae*) odkryta przez wybitnego wrocławskiego dermatologa i wenerologa Alberta Neisser.

Drogi zakażenia

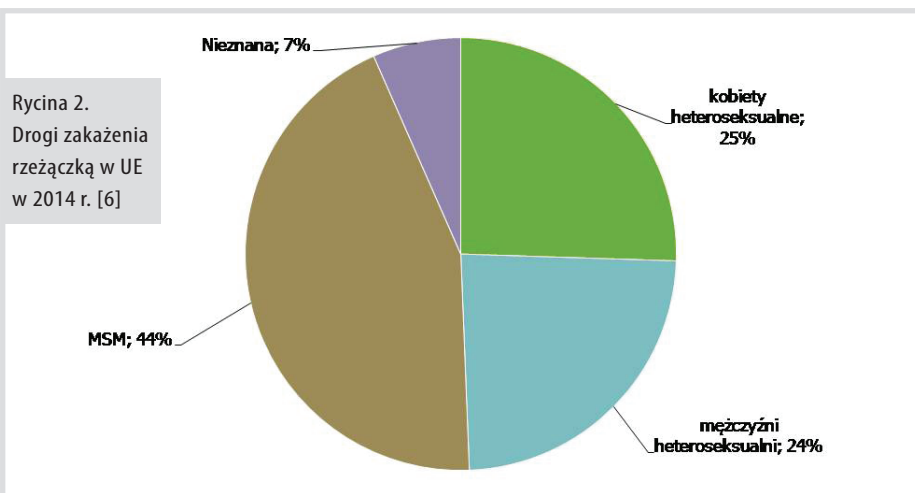
Do zakażenia rzeżączką osób dorosłych dochodzi praktycznie wyłącznie drogą kontaktów seksualnych. Ryzyko zakażenia zależy od płci i jest większe u kobiet niż u mężczyzn. **Ocenia się, że podczas kontaktu dopochwowego wynosi ono 60-90% dla kobiet, a dla mężczyzn 20-40%¹.** W grupie MSM często stwierdza się jednocześnie zakażenie cewki moczowej, gardła i (lub) odbytu [1,6].

Sz szczególnie ważną, jednak niedocenianą drogą zakażenia rzeżączką (również kiłą), są kontakty oralne. W przypadku kontaktów oralnych z osobą zakażoną HIV do przeniesienia zakażenia dochodzić może praktycznie jedynie, gdy

Rycina 1. Zmiana w liczbie przypadków zakażenia rzeżączką w UE w latach 2008-2013 [6]



1. Dla porównania – najbardziej ryzykownym kontaktem seksualnym z osobą HIV(+) jest seks analny receptywny, w którym, w przypadku braku innych STI, ryzyko zakażenia wynosi do 3%.



dojdzie do wytrysku w ustach, a zakażony mężczyzna nie jest leczony i ma wykrywalną wiramię.

Epidemiologia

Zarówno w Polsce, jak i UE oraz USA, liczba nowych zakażeń dwoinką rzeżączki stale rośnie (Rycina 1), a do grupy kluczowej należą mężczyźni mający kontakty seksualne z innymi mężczyznami (men having sex with men, MSM) (Rycina 2, Rycina 3) [6,7,12,14].

W 2013 roku w porównaniu do 2008 roku liczba nowych przypadków zakażenia rzeżączką w przeważającej większości państw UE wzrosła ponad 50%! Szczegółowe dane dla poszczególnych państw przedstawiono na rycinie 2 [6].

W Polsce zapadalność na rzeżączkę wzrosła od 0,79 na 100 000 mieszkańców w 2010 roku do 1,3 w 2015 r. W 2015 r. zapadalność mężczyzn na rzeżączkę ogółem była prawie 14-krotnie wyższa niż

zapadalność kobiet (odpowiednio: 2,5 i 0,18 na 100 000 mieszkańców) [6,7,14].

Obecnie w Polsce zgłaszana zapadalność na chorobę przenoszona drogą płciową jest mniejsza od średniej dla UE. Jednak nie wynika to z mniejszej liczby zakażeń, ale z:

- małej dostępności do wysokospecjalistycznej diagnostyki laboratoryjnej (nadal jest preferowany posiew niż metody oparte na NAAT)
- wadliwego systemu raportowania (badania nie można wykonać anonimowo – z obawy przed ujawnieniem zakażenia np. bliskim, zniechęca to osobę z objawami do wizyty u lekarza i wykonania badania).

Powyższe przyczyny skłaniać mogą wiele osób do samoleczenia lub wizyt prywatnych (podczas których często nie są zbierane najważniejsze dane epidemiologiczne). Tłumaczyć to może również duże różnice w zapadalności na rzeżączkę w poszczególnych województwach (rycina 3). Dla porównania wskaźnik ten w województwie mazowie-

ckim wynosił 4,5 na 100 000 mieszkańców, a podkarpackim niespełna 0,2 [12].

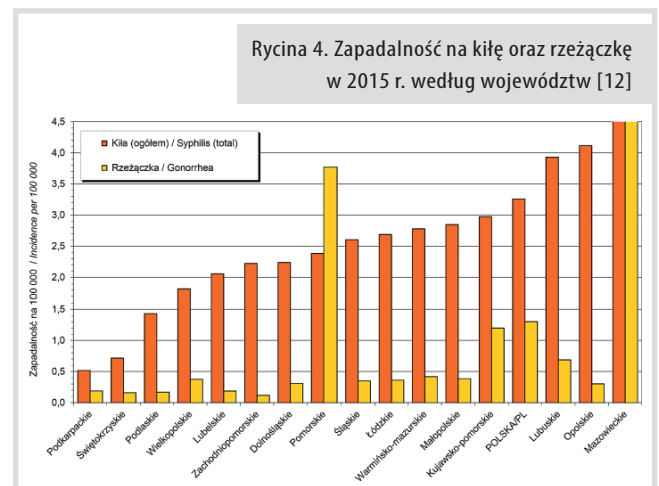
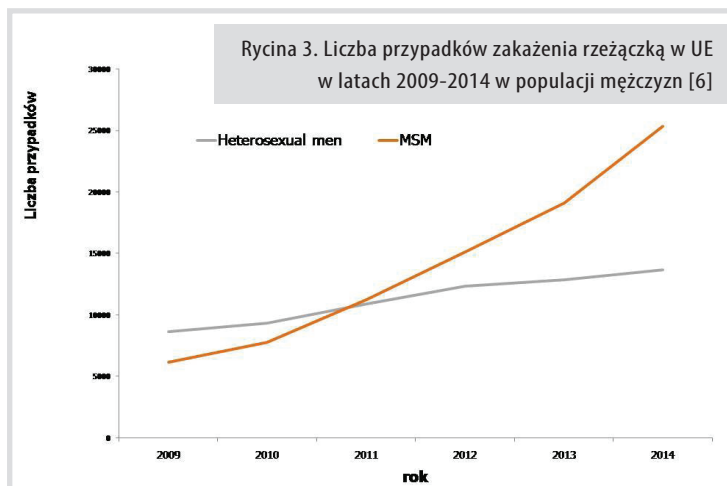
Przebieg kliniczny

W przeważającej większości przypadków rzeżączka jest zakażeniem miejscowym ograniczającym się do cewki moczowej, szyjki macicy, odbytu i gardła oraz spojówek. **U 1-5% mężczyzn oraz 20-40% kobiet zakażenie może przebiegać bezobjawowo [1,6,18].**

Rzeżączka cewki moczowej u mężczyzny

U mężczyzn okres wylegania choroby wynosi zwykle od 2 do 5 dni. Pierwszym objawem jest uczucie pieczenia w ujściu cewki moczowej nasilające się podczas oddawania moczu. Wkrótce pojawia się obfita wydzielina z cewki moczowej, początkowo surowiczowo-słuzowa przechodząca w ropną. U około 1/4 chorych może mieć ona charakter śluzowy lub śluzowo-ropny przypominając wydzielinę występującą w nierzeżączkowym zakażeniu cewki moczowej (*non-gonococcal urethritis*, NGU). Największe nasilenie dolegliwości obserwuje się w ciągu pierwszych 2 tygodni od zakażenia, po czym ulegają one stopniowemu zmniejszeniu aż do całkowitego zaniknięcia [1,6,15,18].

Po ustąpieniu objawów większość mężczyzn, która nie otrzymała skutecznej antybiotykoterapii, nadal jest zakażona dwoinką rzeżączki. Brak leczenia może prowadzić do zajęcia tylnej części cewki moczowej, gruczołu krokowego i najądrzy.



Osoba taka może również zakażać kolejnych partnerów/ kolejne partnerki seksualne, jeśli nie stosuje prezerwatywy podczas wszystkich rodzajów kontaktów seksualnych.

Rzeżączka narządów płciowych u kobiet

U kobiet okres wylegania jest dłuższy niż u mężczyzn i wynosi od 7 do 14 dni. Pierwszym objawem są ropne upławy, a jeśli są obfite dochodzi do podrażnienia, pieczenia i szczypania w tej okolicy. Pieczenie i ból podczas oddawania moczu, zwiększone parcie na mocz oraz potrzeba częstszego jego oddawania wynikają z wtórnego zajęcia cewki oraz pęcherza moczowego i pojawiają się dopiero po pewnym czasie [1,6,18].

Rzeżączka odbytu

Rzeżączkowe zapalenie odbytu może mieć charakter pierwotny lub wtórny. W pierwszym przypadku jest konsekwencją analnych kontaktów seksualnych bez prezerwatywy. Wtórne rzeżączkowe zapalenie odbytu jest wynikiem jego zakażenia przez wydzielinę spływającą z pochwy. Rzeżączkowe zapalenie odbytu najczęściej przebiega bezobjawowo, a w przypadku ich wystąpienia nasilenie objawów jest różne – poprzez niewielkie swędzenie lub pieczenie w okolicach odbytu, obecność skąpej, lepkiej, śluzowej lub śluzowo-ropnej, czasem z domieszką krwi, wydzieliny aż do tępego bólu w okolicy analnej, nasilającego się podczas oddawania kału [1,5,6,18].

Rzeżączka gardła

Do zakażenia gonokokiem gardła najczęściej dochodzi w wyniku kontaktów oralnych, przy czym fellatio jest znacznie częściej jego przyczyną niż cunnilingus. W USA w grupie osób z rzeżączką narządów płciowych, równoczesne rzeżączkowe zakażenie gardła stwierdzano u 3-7% mężczyzn heteroseksualnych, 10-20% kobiet i 10-25% MSM [1,6,18].

W ponad 90% przypadków rzeżączkowe zapalenie gardła przebiega bezobjawowo, natomiast u osób chorujących objawowo, objawy nie różnią się od zapalenia gardła o innej etiologii [1,6,18].

Powikłanie nieleczonej rzeżączki

Powikłaniem nieleczonej rzeżączki u kobiet mogą być stany zapalne miednicy mniejszej prowadzące do bezpłodności, a u obu płci zapalenie tkanki okołowątrobowej (zespół Fitz'a, Hugh'a i Curtisa) oraz rozsiane zakażenie rzeżączkowe (*disseminated gonococcal infection*, DGI). Najpopularniejszą formą DGI jest zespół stawowo-skróny należących do tzw. SARA (*sexually acquired reactive arthritis*). Składają się na niego bóle stawów (artralgia), zapaleniu stawów nadgarstkowych, śródrečno-paliczkowych, skokowych oraz kolanowych. Mogą się również pojawiać zmiany skórne – najczęściej jest to martwiczka krostka otoczona rumieniową obwódką zapalną. Nielezione może prowadzić do zajęcia wsierdzia lub opon mózgowo-rdzeniowych [1,2,6,18].

Diagnostyka

Obecnie preferowaną metodą diagnostyki zakażenia rzeżączki, niezależnie od jej lokalizacji, jest badanie metodą NAAT (Nucleic Acid Amplification Tests) czyli badanie molekularne (genetyczne) [1,6,18].

W przypadku ostrego zakażenia cewki moczowej u mężczyzn, wysoką i wystarczającą czułość oraz specyficzność ma bezpośrednie badanie mikroskopowe wydzieliny barwionej błękitem metylenowym lub metodą Grama (stwierdza się w preparacie obecność Gram (-) dwoinek). Jednak metoda ta nie nadaje się do diagnostyki rzeżączki zlokalizowanej w innym miejscu. W przypadku pobrania materiału z odbytu ocena preparatu jest ciężka z powodu dużej liczby innych bakterii, natomiast w gardle mogą występować inne dwoinki Gram (-) – *Neisseria meningitidis* (aczkolwiek badania przeprowadzone w USA wykazały, że również ta bakteria może powodować zapalenie cewki moczowej, opisane przypadki dotyczyły głównie mężczyzn heteroseksualnych). Lepszą, aczkolwiek czasami niewystarczającą, czułością cechują się posiewy na podłoża selektywne. Należy jednak pamiętać, że ze względu na bardzo dużą wrażliwość dwoinek rzeżączki na czynniki zewnętrzne, materiał powinien zostać jak najszybciej (w ciągu 20 minut) naniesiony na odpowiednie podłoże i do 2

godzin umieszczony w cieplarni (37°C, atmosfera dwutlenku węgla) [1,6,13,18].

Niezależnie od zastosowanej metody, wynik badania zależy w dużej mierze od sposobu i dokładności pobrania materiału. Zarówno u kobiet, jak i mężczyzn materiał pobiera się po upływie co najmniej 1-2 godzin od ostatniego oddania moczu. Wymaz z cewki moczowej należy pobrać po kilkakrotnym jej uciśnięciu od tyłu do przodu w celu uzyskania jak największej ilości wydzieliny (szczególnie istotne w przebiegu rzeżączki skąpo- lub bezobjawowej). Pobiera się go za pomocą cienkiej jałowej wymazówki lub ezy bakteriologicznej (należy wprowadzić na głębokość co najmniej 2-3 cm) [1,6,18].

Należy również pamiętać, że w celu przeprowadzenia prawidłowej i pełnej diagnostyki rzeżączki (jak i innych STI) jest niezbędne zebranie dokładnego wywiadu z pacjentem – jeśli osoba odbywała kontakty analne receptywne (pasywne), należy bezwzględnie pobrać wymaz z odbytu, a w przypadku oralnych receptywnych powinno się rozważyć przeprowadzenie diagnostyki z gardła [1,6,18].

Leczenie

Zalecane leki: ceftriakson i azytromycyna!!! Ze względu na narastającą oporność rzeżączki na penicyliny i fluorochinolony nie należy ich podawać. [1,6,12,18].

Niepowikłana rzeżączka narządów płciowych, odbytu i gardła: ceftriakson 250 mg domięśniowo (pojedyncza dawka) i azytromycyna 1,0 g doustnie (pojedyncza dawka). Antybiotykiem drugiego rzutu (np. w przypadku uczulenia na antybiotyki β-laktamowe) jest doksycyklina podawana w dawce 100 mg co 12 godzin przez 7 dni. Aczkolwiek preferowane są schematy jednodawkowe, nie tylko z powodu większej skuteczności, ale również prawdopodobieństwo przyjęcia wszystkich dawek jest większe (część pacjentów odstawia antybiotyki po ustąpieniu objawów) [1,6,18].

Obecnie znaczącym problemem na świecie jest stale narastająca oporność rzeżączki na dotychczas stosowane antybiotyki.

WHO 27 lutego br. opublikowała listę 12 bakterii, które ze względu na rosnącą lekooporność, wymagają opracowania nowych antybiotyków. Dwoinka rzeżączki znajduje się na 9. pozycji! W 2013 r. 52,9% szczepów izolowanych w Europie było odpornych na ciprofloksacynę. W Polsce odsetek ten wynosił 65,2%. W przypadku azytromycyny odsetki te wynosiły odpowiednio: 7,9% i 8,9%. Również oporność na ceftriakson i cefiksim w UE wykazuje tendencję wzrostową, ale nadal wynosi poniżej 5% izolowanych szczepów [6,12,20].

Po min. 7 dniach od zakończonego leczenia ZAWSZE należy wykonać badanie kontrolne. Ponadto u każdego chorego na rzeżączkę należy dwukrotnie wykonać badanie serologiczne w kierunku kiły – w dniu zgłoszenia się na badanie oraz 12 tygodni od ostatniego ryzykownego kontaktu seksualnego [1,6].

Bardzo ważne jest również równoczesne leczenie pacjenta oraz jego/jej partnerów/partnerki seksualnych, z którymi miał kontakty seksualne bez prezerwatywy w ciągu 1 miesiąca przed wystąpieniem objawów

(według danych amerykańskich w ciągu ostatnich 3 miesięcy). BEZ WZGLĘDU na wynik badania partnerzy powinni BEZ WZGLĘDNIE otrzymać antybiotykoterapię. Zaniechanie tego może doprowadzić do powtórzonego zakażenia [1,6,15,18].

Profilaktyka rzeżączki

Przed zakażeniem rzeżączką całkowicie chroni właściwie użyta prezerwatywa oraz inne metody barierowe. Zaleca się również regularne badanie osób aktywnych seksualnie, zwłaszcza w przypadku kontaktów seksualnych (również oralnych) z osobami o nieznanym statusie lub zakażonych (u których w przeszłości występowały opisane powyżej objawy).

Wpływ profilaktyki przedekspozycyjnej (PrEP) na ryzyko zakażenia rzeżączką i innymi STIs

PrEP pozwolił na znaczne ograniczenie epidemii HIV. Jednak pojawiły się obawy, że

jego dostępność zwiększy częstość kontaktów seksualnych bez prezerwatywy i wzrośnie odsetek osób zakażonych STI. Większość dotychczas przeprowadzonych badań nie potwierdziła tych obaw, np. w badaniu Proud żadna z analizowanych STIs nie występowała statystycznie częściej w populacji przyjmującej i nieotrzymującej PrEP. Także częstość zachowań ryzykownych – kontaktów analnych bez prezerwatywy – nie różniła się między grupami [10]. Należy jednak pamiętać, że międzynarodowe oraz polskie wytyczne zalecają profilaktyczne wykonywanie badań przesiewowych w kierunku STIs w populacji otrzymującej PrEP [16]. W celu potwierdzenia powyższych obaw są niezbędne dalsze i rzetelne badania kliniczne.

*Lukasz Łapiński, Bartosz Szetela,
Jacek Gąsiorowski
Ośrodek Profilaktyczno-Lecznicy
Chorób Zakaźnych i Terapii Uzależnień,
Wrocławskie Centrum Zdrowia SPZOZ
Uniwersytet Medyczny im. Piastów
Śląskich, Wrocław
Stowarzyszenie na Rzecz Osób Wykluczonych i Zagrożonych Wykluczeniem
Społecznym „Podwale Siedem”*

PIŚMIENNICTWO

- Centers for Disease Control and Prevention: Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. Recommendations and Report. MMWR, 2015, 64, 1-137.
- Carlin E.M., Ziza J.M., Keat A., et al.: 2014 European Guideline on the management of sexually acquired reactive arthritis. Int. J. STD & AIDS, 2014, 25, 901-912.
- Chakraborty H., Sen P.K., Helms R.W., et al.: Viral burden in genital secretions determines male-to-female sexual transmission of HIV-1: a probabilistic empiric model. AIDS, 2001, 15, 621-627.
- Cohen M.S., Hoffman I.F., Royce R.A., et al.: Reduction of concentration of HIV-1 in semen after treatment of urethritis: implications for prevention of sexual transmission of HIV-1. AIDSCAP Malawi Research Group. Lancet, 1997, 349, 1868-1873.
- de Vries H.J.C., Zingoni A., White J.A., et al.: 2013 European Guideline on the management of proctitis, proctocolitis and enteritis caused by sexually transmissible pathogens. Int. J. STD & AIDS, 2014, 25, 465-0474.
- European Centre for Disease Prevention and Control: Annual epidemiological report, 2015. Gonorrhoea. ECDC, Stockholm, 2016.
- European Centre for Disease Prevention and Control: Gonococcal antimicrobial susceptibility surveillance in Europe, 2013. ECDC, Stockholm, 2015.
- Handsfield H.H.: Color atlas and synopsis of sexually transmitted diseases. The McGraw-Hill Companies, 2011.
- Horner P.J., Blee K., Falk L., et al.: 2016 European guideline on the management of non-gonococcal urethritis. Int. J. STD & AIDS, 2016, 27, 928-937.
- McCormack S., Dunn D.T., Desai M., et al.: Pre-exposure prophylaxis to prevent the acquisition of HIV-1 infection (PROUD): effectiveness results from the pilot phase of a pragmatic open-label randomised trial. Lancet, 387, 53-60.
- Ping L.H., Cohen M.S., Hoffman I., et al.: Effects of genital tract inflammation on human immunodeficiency virus type 1 V3 populations in blood and semen. J. Virol., 2000, 74, 8946-8952.
- Młynarczyk-Bonikowska B., Serwin A.B., Golparian D., et al.: Antimicrobial susceptibility/resistance and genetic characteristics of Neisseria gonorrhoeae isolates from Poland, 2010-2012. BMC Infect. Dis., 2014, 14, 65.
- Peterson A.S., Bazan J.A., Kirkcaldy R.D., et al.: Increase in Neisseria meningitidis-Associated Urethritis Among Men at Two Sentinel Clinics — Columbus, Ohio, and Oakland County, Michigan, 2015. MMWR, 2016, 65, 550-552.
- Sadkowska-Todys M., Paradowska-Stankiewicz I., Rosińska M., Czarkowski M.P.: Zachorowania na choroby zakaźne i pasożytnicze. [w:] Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania, red.: B. Wojtyniak, P. Goryńskiego, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa, 2016, 232-235.
- Street E.J., Justice E.D., Kopa Z., et al.: The 2016 European guideline on the management of epididymo-orchitis. <http://www.iusti.org/>, dostęp 28.03.2017.
- Szetela B., Gąsiorowski J., Łapiński Ł., Kołodziej J.: Profilaktyka przedekspozycyjna zakażenia HIV. [w:] Zasady opieki nad osobami zakażonymi HIV. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS 2016. red. A. Horban, R. Podlasin, G. Cholewińska, A. Wiercińska-Drapała, B. Knysz, M. Ingłot, A. Szymczak, M., Bociąga-Jasik, E. Jabłonowska, Polskie Towarzystwo Naukowe AIDS, Warszawa-Wrocław, 2016, 26-28.
- Tiplica G.S., Radcliffe K., Evans C., et al.: 2015 European guidelines for the management of partners of persons with sexually transmitted infections. JEADV, 2015, 29, 1251-1257.
- Unemo M., Bignell C., Radcliffe K., et al.: 2012 European guideline on the diagnosis and treatment of gonorrhoea in adults. Int. J. STD AIDS, 2013, 24, 85-92.
- Wawer M.J., Serwadda D., Li X., et al.: HIV transmission per coital act, by stage of HIV index partner, in discordant couples, Rakai, Uganda. 10th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections. Feb 10-14 2003, Boston, abstract 40.
- WHO: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/bacteria-antibiotics-needed/en/>. Dostęp 28.03.2017.

kontra 

Redakcja
Maryla Rogalewicz
Katarzyna Gajewska
Wydawca:
Krajowe Centrum ds. AIDS

Adres redakcji:
ul. Samsonowska 1, 02-829 Warszawa
tel. (+22) 331 77 68, fax (+22) 331 77 76
e-mail: kontra@aims.gov.pl
www.aims.gov.pl

Egzemplarz bezpłatny
Redakcja zastrzega sobie prawo
adjustacji i skracania artykułów.